
한국 공공의료 진단과 과제

김명희* †, 이주연**

초록

우리 사회의 불평등하고 상업화된 보건의료공급체계를 개혁해야 한다는 사회적 요구가 점점 하고 있다. 건강보험 보장성을 강화하여 경제적 접근성을 높이려는 기존의 노력이 한계를 드러내며, '공공의료'가 대안으로 부각되고 있다. 그러나 공공성이 무엇인지, 왜 현재 체계가 공공성이 부족하다고 평가되는지에 대한 학술적 논의는 여전히 부족하다. 본 연구는 한국에서 보건의료 공공성 담론을 고찰하고, 법적으로 정의된 공공의료 현황을 살펴봄, 이를 토대로 향후 필요한 연구 과제를 제안하고자 한다. 이 문제에 관심을 가진 학술공동체는 국가 중심의 소유 주체 개념을 넘어서 보건의료체계가 '무엇을' '어떻게' 제공해야 공공성이 높은 체계로 기능할 수 있는지에 대해 답변을 제시 할 필요가 있다. 다차원적 공공성 개념을 기반으로, 보건의료체계가 추구해야 할 공공성의 본질을 밝히고, 이를 구현하기 위한 제도배열, 이러한 제도배열을 가로막는 현실의 장애 요인들을 분석하는 데 초점을 맞춰야 한다. 더불어, 보건의료체계의 맥락과 정책과정을 탐구하는 연구가 요구된다. 어떤 내용이 어떤 정책 공간에서 누구에 의해 어떤 방식으로 다루어지고 있는지, 그들의 이해와 지향은 무엇인지 확인할 수 있어야 한다. 이러한 분석은 정책과 담론의 장을 변화시키기 위한 대안 설계에 기여할 것이다. 공공의료에 대한 사회적 요구가 커지고 논의가 활발해지고 있는 지금, 학술공동체는 보다 체계적이고 심도 있는 탐구와 토론을 통해 현실 문제 해결에 기여해야 한다. 본 논문은 이를 위한 학문적 토대를 제시하며, 공공의료와 공공성에 관한 연구 방향을 제안한다.

주요용어: 공공성, 공공의료, 건강형평성, 보건의료체계

* 국립중앙의료원 정책통계지원센터 센터장, † 교신저자(E-mail: mhkim@nmc.or.kr)

** 워터루대학교 보건과학대학

투고일: 2025.1.17./수정일: 2025.2.8./게재확정일: 2025.2.10.

I. 한국 보건의료 ‘공공성’ 담론

건강보험 보장성을 강화하여 보건의료서비스에 대한 경제적 접근성을 높이는 것은 학계, 정책 커뮤니티, 시민 사회 모두에서 오랜 기간 중요한 과제로 다루어져 왔다. 그러나 최근 이러한 흐름에 변화가 나타나고 있다. 보건의료에 대한 권리, 형평성에 관한 사회적 논의를 촉발시키는 일련의 문제적 상황들이 발생하면서, 경제적 접근성 너머 공급체계 자체에 대한 관심이 높아지고 있다. 보장성 강화 담론의 대안으로 ‘공공의료’가 주목을 받게 되었다.

지난 10년 동안 공공의료 담론은 학술적 논의에 의해 추동되었다기보다 현실 정치의 변화로부터 촉발되는 모습을 보였다. 이를테면 2013년 홍준표 경남지사의 진주 의료원 폐쇄는 공공병원의 존재 이유와 ‘착한 적자’에 대한 사회적 논의를 촉발했고, 2015년 메르스 유행은 정부의 미흡한 대응으로 인해 공공병원의 필요성을 부각시켰다. 또한 오랜 시간을 끌어온 제주 영리병원 설립 허가 철회 과정에서 ‘영리화’에 대한 대항 의제로 ‘의료 공공성’이 부각되기도 했다. 부산 침례병원 폐업처럼 지역(주로 비수도권)에서 중요한 역할을 하던(주로 민간) 의료기관들이 철수하거나, 지역 의료기관들이 의료 인력을 제대로 충원하지 못해서 중증·응급의료서비스에 공백이 생기는 상황이 공론화된 것도 중요한 계기였다. 최근의 코로나19 유행, 이제 수도권까지 상륙한 이른바 ‘응급실 뺑뺑이’ 사건들은 의료비 부담 경감을 중심에 둔 기존의 의료보장 담론의 한계를 드러내며, 불평등하고 상업화된 의료제공체계를 개혁해야 한다는 사회적 요구를 증폭시켰다. 이러한 흐름 속에서 울산, 대전, 부산 등 지역을 중심으로 시민들이 공공병원 설립을 직접 요구하고 나서기도 했다.

정부도 이러한 흐름에 대응하지 않을 수 없었다. 2016년 「제1차 공공보건의료 기본계획(2016-2020)」이 발표되

었고, ‘의료공공성 강화’를 국정과제로 내세운 문재인 정부는 2018년 10월에 ‘공공의료종합발전대책’을 발표했다. 2021년의 「제2차 공공보건의료 기본계획」은 ‘공공보건의료’를 “국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료(필수의료) 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동”이라고 정의하면서, 공공병원을 넘어서 모든 국민에게 필수요료를 보장하는 정책 수단으로 공공의료 개념을 확장했다. 2022년 집권한 윤석열 정부 또한 ‘필수의료’ 개념을 중심에 둔 여러 가지 보건의료 개혁안을 쏟아내고 있는데, 이들은 대체로 의료제공 체계의 변화에 초점을 두고 있다.

이처럼 국내에서 공공의료와 공공병원이 주목받는 것은 역설적으로 현재 보건의료체계에 공공성이 결여되었다는 인식을 보여준다. 그러나 공공성이 무엇을 의미하며 왜 공공성이 결여되었다고 판단하는지에 대한 학술적 논의는 여전히 미흡하다. 소유 주체 구분을 넘어 무엇을(내용적 측면) 어떻게(절차적 측면) 제공하고 기능해야 공공성이 높은 보건의료체계가 될 수 있는지에 대한 답변은 아직 제시되지 않은 상태이다.

이 글은 국내에서 공공의료, 의료체계의 공공성과 관련된 학술적 논의를 촉발하고, 이를 통해 체계적인 과학적 지식 생산에 기여하는 것을 목표로 한다. 이를 위해 건강형평성과 건강권에 대한 논의에서 출발하여 보건의료의 공공성과 공공의료 개념을 정의하고자 했다. 또한 법적으로 정의된, 가장 좁은 의미의 공공의료 현황을 진단하고, 이렇게 저발전된 공공의료체계의 정치경제적 기원을 살펴본다. 마지막으로, 건강권 보장과 형평성 관점에서 보건의료의 공공성, 공공의료에 관한 연구 과제를 도출하며 논의를 정리한다.

II. 건강과 보건의료의 형평성

1. 보건의료의 형평성이 갖는 의의

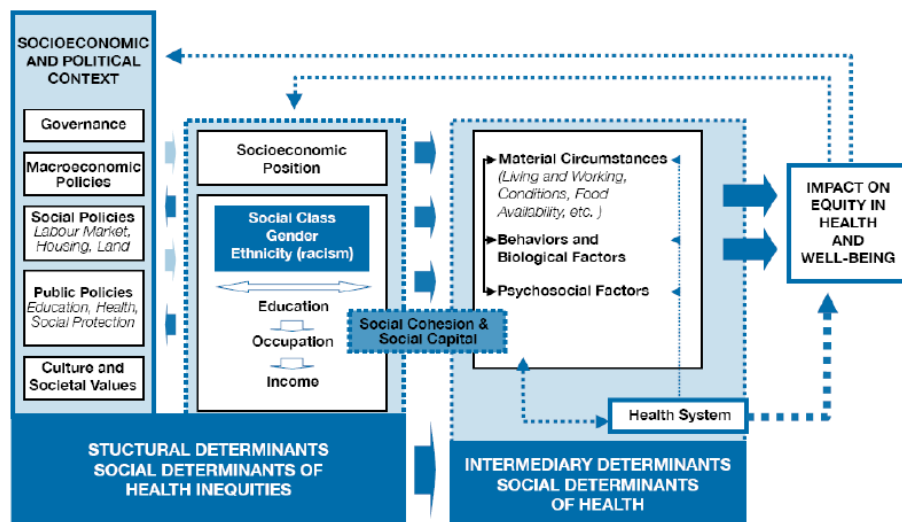
건강 형평성이란 “사회적, 경제적, 혹은 지리적으로 구분되는 인구집단들 사이에서 체계적이고 잠재적으로 개선 가능한 한 가지 이상의 건강 측면에서 차이가 없는 상태”로 정의된다. 이는 모든 사람들의 건강을 똑같은 수준으로 만든다는 것을 의미하지 않는다. 건강형평성은 건강 결과에서의 평등이라기보다, 모든 사람들이 건강 잠재력을 완전히 성취할 수 있는 공정한 기회, 건강을 향한 동등한 기회(equal opportunities for health)를 창출하는 것과 연관이 깊다(Whitehead, 1991).

건강형평성은 사회 구조의 공정성과 정의(正義)라는 보다 큰 맥락 안에서 다루어져야 한다(Sen, 2002)(그림 1). 보건의료는 공정한 기회(fair opportunity)를 보장하는 중요한 수단이라는 점에서 특별한 의미를 갖는다. 이는 사람들로 하여금 정상적 기능(normal functioning)을 유지하게 함으로써 기회의 평등을 보호하는 데 제한적이지만 고유한 역할을 하며, 정치적·사회적·경제적 삶에 참여할

수 있는 능력을 보존케 하는 데 중요한 역할을 하기 때문이다. 따라서 보건의료 체계의 설계를 규제하는 배분적 정의의 적절한 원칙은 기회 평등을 보호하는 원칙이기도 하다(Daniels, 2001).

2. 보건의료에 대한 권리

건강권(right to health)은 “모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 권리”로 정의되며, 1946년 세계보건기구 헌장에서 처음 명문화되었다. 이후 1966년 「경제적·사회적·문화적 권리에 대한 국제 규약(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR)」 12조에서 그 내용은 더욱 구체화되어, ▶모성, 아동 및 재생산 건강에 대한 권리 ▶건강한 자연환경과 작업장 환경에 대한 권리 ▶질병 예방, 치료, 관리에 대한 권리 ▶보건 시설, 물품, 서비스에 대한 권리 등을 포함하게 되었다. 건강권은 노동권, 주거권 등 건강결정요인과 관련한 다양한 권리들과 불가분의 관계를 맺고 상호작용하지만, 보건의료에 대한 권리가 상당한 비중을 차지한다.



출처: Solar & Irwin (2010)

[그림 1] 건강불평등의 발생 기전과 진입 지점

현대의 모든 국가들은 어떤 식으로든 건강과 보건의료에 대한 권리를 보장하기 위해 다양한 정책 수단을 강구해왔다. 건강권 보장 의무의 담지자는 국가이며 ‘선언’만으로는 이를 달성할 수 없기에, 적절한 법률·행정·재정·사법·촉진 등의 수단을 채택하여 ‘충족’의 의무를 다하는 것이 필요하다.

국내법에서도 건강과 보건의료에 대한 권리는 명시적으로 규정되어 있다. 「헌법」제36조제3항 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다”, 「보건의료기본법」제10조제1항 “모든 국민은 이 법 또는 다른 법률에서 정하는 바에 따라 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다.” 제2항 “모든 국민은 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다”고 명시되어 있으며, 특히 동법 제4조는 “모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족”시키도록 노력하는 것이 국가와 지자체의 책무라고 규정하고 있다(표1).

<표 1> 보건의료기본법 제4조 (국가와 지방자치단체의 책임)

- ① 국가와 지방자치단체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 재원(財源)을 확보하도록 노력하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 국가와 지방자치단체는 식품, 의약품, 의료기기 및 화장품 등 건강 관련 물품이나 건강 관련 활동으로부터 발생할 수 있는 위해(危害)를 방지하고, 각종 국민건강 위해 요인으로부터 국민의 건강을 보호하기 위한 시책을 강구하도록 노력하여야 한다.
- ④ 국가와 지방자치단체는 민간이 행하는 보건의료에 대하여 보건의료 시책 상 필요하다고 인정하면 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

국제적으로 지속가능개발(SDG, sustainable development goal)의 가장 중요한 요소 중 하나인 ‘보편적 의료보장(universal health coverage, UHC)’ 역시 이러한 이상(理想)을 담고 있다. 보편적 의료보장은 “부담 가능한 비용으로 모두가 핵심적 건강증진·예방·치료·재활 서비스에 접근함으로써, 접근성에서의 형평성을 달성하는 것”을 의미하며(WHO, 2005), 한국은 보편적 건강보장을 달성

했다고 여겨진다(Kwon, 2018).

하지만 경제적 장벽만이 의료서비스 접근성을 저해하는 유일한 요소는 아니다. 건강권 보장의 준수를 판별하는 AAAQ (availability, accessibility, acceptability, quality) 프레임워크에는 경제적 접근성 이외에 의료서비스에 대한 물리적 접근성, 정보 접근성, 비차별(non-discrimination), 가용성, 수용성, 질 등의 요소가 포함된다(Asher, 2004). 그래서 현재 UHC 프레임은 국가의 역할을 보험의 관리 운영자로 한정하며, 국가가 의료서비스 제공과 관련해서는 특별한 책무를 지지 않은 채 공공·민간 의료기관이 제공하는 재화와 서비스를 구매하는 것에 머무른다는 비판을 받고 있다. 인구집단 건강, 필수적 재화와 서비스를 직접 제공해야 하는 국가의 책임이 개인들에 대한 재정적 보호로 축소되는 경향이 존재한다는 것이다(김명희 등, 2023; Cabello, 2021).

국내에서도 상당기간 동안 건강보험 보장성 강화를 통해 보건의료서비스에 대한 경제적 접근성을 높이는 것이 학계, 정책 커뮤니티, 시민사회의 중요한 과제였다. 그러나 최근 이러한 흐름에 변화가 일어나고 있다. 보건의료에 대한 권리, 보건의료의 형평성에 대한 사회적 논의를 촉발시키는 일련의 문제적 상황들을 경험하면서, 재정적 보호를 넘어서는 공급체계 개혁에 대한 목소리가 높아졌고 그 대안으로 ‘공공의료’가 부상한 것이다.

III. 공공성, 공공의료의 개념화

1. 공공성, 공공의료의 이론적 개념

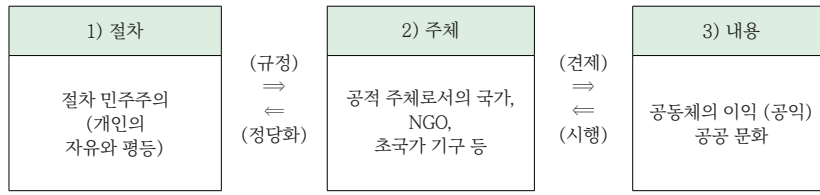
공공의료를 옹호하는 정책·학술·시민사회 영역 모두에서 사용하는 ‘공공의료’라는 용어는 바람직한 보건의료체계에 대한 다양한 기대가 망라된 모호한 용어라고

할 수 있다. 건강보장체계를 강화하라는 요구가 ‘건강보험 보장성 강화’로 수렴한다면, 보건의료공급체계 측면의 모든 개혁 답론은 ‘공공의료’로 수렴한다고 해도 과언이 아니다. 하지만 어느 정도 경제 발전을 달성한 국가들 중에서 민영화나 재정 긴축이 특별히 쟁점이 되는 상황이 아니라면, ‘공공의료(public healthcare)’나 ‘공공병원(public hospital)’이 의제가 되는 경우는 찾아보기 어렵다. 의료보장의 기본권적 성격, 역사적으로 보건의료는 공공재적 성격을 가져왔기 때문에 굳이 의료 앞에 ‘공공’이라는 접두사를 붙일 필요가 적었던 것으로 보인다. 국내에서 공공의료라는 용어를 별도로 사용하는 것 자체가 한국 보건의료체계에서 공공성이 취약하다는 것을 상징하는 것일 수 있다.

현재 정책과 학술 영역에서 제기하는 공공의료, 공공성 개념은 주로 소유 주체의 관점에 기반하고 있지만, 본래 공적(public), 공공성(publicness)의 개념은 그보다 폭넓고 다차원적 속성을 갖는다. ‘공적(public)’의 사전적 의미는 여러 가지인데, 첫 번째 정의는 행위 주체(agency)와 관련 있다. 국가·정부·공공기관에 의해서 이루어지는 행위를 공적인 것으로 규정한다. 둘째, 다수의 사람들에게 공통적 혹은 보편적으로 관련되는 경우를 공적인 것으로 정의할 수도 있다. 이때 대중(the public)은 어떤 것에 의해 동일하게 영향을 받는, 개인을 특정할 수 없는 사회구성원이라는 의미를 갖는다. 셋째, ‘사적(私的, private)’인 것과 대비되는 ‘공식성(officiality)’을 의미할 수 있다. 넷째, ‘일반적 혹은 국가적 복지에 헌신’한다는 의미로 공익(公益, public interest)을 추구하는 경우를 공적인 것으로 규정하기도 한다. 그러나 무엇이 공익인지에 대한 객관적 기준은 존재하지 않으며, 규범적·윤리적 판단이 수반되어야 한다. 다섯째, ‘접근성’과 ‘공유성’을 공공성의 핵심 요소로 정의할 수 있는데, 이때 ‘공공재(public good)’는 비배제성과 비경합성을 특징으로 한다. 마지막으로, ‘개방성(openness)’과 ‘공시성(publicity)’, ‘정보에 대한 접근 가능성’ 역시 공공성 개념

의 또 다른 측면이다. 이러한 요소들을 고려할 때, 공적인(public) 것은 공공성(publicness) 이념을 실현하기 위한 필요조건이지만 충분조건은 아니게 된다. 또한 공공성 이념은 공동체의 조화라는 측면에서 윤리적으로 사회 정의나 공익을 의미하는 한편, 참여와 동의 측면에서 정치적으로 ‘실질적 민주주의(substantive democracy)’를 의미한다고 볼 수 있다(임의영, 2003).

이러한 특성들을 좀 더 구조화하여 절차·내용·주체 측면에서 공공성의 특성을 정의할 수 있다. 첫째 절차적 공공성은 개방성과 접근성 확보에 대한 것이며, 둘째 내용으로서 공공성은 개인과 전체라는 공사(公私)의 구분과 공익이라는 가치 추구하고 관련 있다. 셋째, 행위 주체 측면에서 주로 국가·정부·공공기관의 ‘소유’를 흔히 떠올리지만, 국가 기구 이외에 국제기구, NGO 같은 조직, 더 넓은 의미의 시민사회, 지역사회도 공공성의 주체가 될 수 있다(그림 2 참조). 이들 각각의 차원은 서로를 보완하기도 하지만 상호 모순될 수도 있다. 이를테면 평등한 참여를 보장한다고 해서(‘절차적 공공성’) 그 결과가 반드시 전체 공동체의 이익으로(‘내용으로서의 공공성’) 귀결되는 것은 아니다(이승훈, 2005). 소수자에 대한 차별과 배제의 역사는 다수의 동의와 합법적 절차를 특징으로 하는 절차적 공공성이 공적 가치에 부합하지 않는 결과를 가져올 수도 있음을 잘 보여준다. 또한 국가라는 공적 주체가 운영하는 조직이 절차적 공공성을 훼손하거나, 지배엘리트가 사적 이해를 충족하기 위해 국가 기구를 동원한 사례도 우리 현대사에 드물지 않았다는 점을 기억할 필요가 있다. 반면 정부가 아닌 비영리조직이 공공성의 담지자로서 공익적 서비스를 보장하는 경우도 얼마든지 찾아볼 수 있다. 예컨대 국립대병원이 영리성을 추구하거나 지자체 병원이 비민주적 운영행태를 보이기도 하고, 반대로 사립병원이지만 지역사회 의료기관으로서 더 나은 공익적 가치를 추구하는 경우도 있다. 북미와 유럽의 지역사회 병원들은 소유 주체만 놓고 본다면 사립이지만, 지역 주민과 노동조합의 경영 참여 등 공적 지배



출처: 이승훈(2005)

[그림 2] 다차원적 공공성 개념

구조를 갖추고 공적 가치에 부합하는 서비스를 제공하는 등 공공병원으로서의 정체성을 가지고 있다.

국내에서 공공의료, 공공병원 담론이 부상한 것 자체는 현재 보건의료체계의 공공성이 취약하다는 문제의식으로부터 비롯되었지만, 이 때 공공성이 무엇으로 정의되며 왜 취약하다고 판단하는지에 대한 학술적·이론적 뒷받침은 충분하지 않다. 소유 주체 구분 이외에 무엇을 (내용적 측면) 어떻게(절차적 측면) 제공하고 기능해야 공공성이 높은 병원 혹은 보건의료체계인지에 대한 답변이 아직 마련되지 않은 것이다.

게다가 우리에게 ‘국가의 성격’과 관련한 어려운 과제가 존재한다. 정치사회학자 밥 제습(2021)은 국가를 통일된 주체나 다양한 이해를 조정하는 중립적 조정자, 그 자체의 관료적 목표를 가진 자율적 행위자, 혹은 지배 계급의 집행 위원회 도구가 아니라 다양한 정치세력이 국가 장치와 그 능력에 대한 통제를 두고 경쟁하는 것으로 보았다. 국가 장치의 핵심은 제도와 조직의 독특한 양상불인데, 이런 제도와 조직의 기능은 집단적 구속력을 갖는 결정을 ‘공동이해(common interest)’나 ‘일반의지(general will)’라는 이름으로 특정한 인구에게 명시하고 강제하는 것이다. 심지어 국가는 합법적인 폭력과 강제를 행사할 수 있는 주체이기도 하다. 현실에서 모든 특정 이해관계들을 포괄하는 일반 이해란 결코 존재하지 않는다. 특정한 이해관계는 특권화되고, 다른 종류의 이해관계는 주변화되고 희생되기 마련이다. 이러한 과정은 국가의 ‘전략적 선택’에 의해 이루어진다. 보건의료를 포함한 제도의 공공성 강화 주장은 대개 민간이나 시장이

아닌 국가 소유 혹은 국가 통제를 전제로 하지만, 현실 국가가 항상 보편 이익을 대변하지는 않는다는 점에서 딜레마가 발생한다. 또한 국가는 상대적 자율성을 갖는 거대한 관료제 조직이라는 점도 문제를 가중시킨다. 관료기구는 조직 내적으로 정밀성, 신속성, 명료성, 지식의 축적, 연속성, 비밀엄수, 통일성, 엄격한 위계, 적은 내적 마찰과 비용 등을 특징으로 한다. 또한 조직규모가 크고 정보 접근, 의제설정, 정책결정 등의 커다란 권한을 가지며, 관료집단의 행위에 대한 민주적 감시, 통제, 처벌도 어렵기 때문에 민주적 책임성이 결여되기 쉽다(신진욱, 2007). 한국사회는 (때로는 물리력으로) 국가권력을 장악한 지배 엘리트 집단이 폭력과 억압으로 공중(the public)을 통제하며 자신들의 사적 이해를 추구하는 것을 목격해왔다. 또한 발전국가와 신자유주의 이데올로기를 현실에 충실하게 구현하며, 참여적 민주주의를 저해하는 관료기구도 경험했다. 이런 상황에서, 보건의료체계의 공공성과 관련하여 한편으로는 국가의 역할과 책임을 강화하면서도 동시에 국가를 통제해야 하는 이중의 과제가 우리 앞에 놓여 있다.

2. 공공의료의 법적 정의

현실에서 공공의료에 대한 법적·제도적 규정은 어떠할까? 우선 「공공보건의료에 관한 법률」은 ‘국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·

증진하는 모든 활동’을 공공보건의료로 정의한다. 이는 딱히 ‘공공’ 보건의료가 아니더라도 보건의료체계가 지향해야 할 일반적 속성이다. 법률상의 공공의료 개념도 현실과 다름없이 매우 모호하다는 점을 지적하지 않을 수 없다. 하지만 이어지는 조항을 살펴보면, 공공의료란 시장을 통해 해결되지 않는 문제를 보완하는 잔여적 수단이라는 점이 암묵적으로 드러나며, 공공의료기관은 국가가 의료기관을 직접 소유·운영하거나(법률상의 ‘공공보건의료기관’), 정부가 특별한 공익적 목적으로 사업을 수행하는 경우로 한정된다는 점을 알 수 있다(법률상의 ‘공공보건의료 수행기관’)(표2).

현재 정책커뮤니티, 학계, 시민사회에서 통용되는 공공병원이라는 용어는 제2조제3항의 ‘공공보건의료기관’을 지칭하는 것이 일반적이며(주체 측면에서의 공공성), 공익적 활동이라는 측면에서(내용으로서의 공공성) 이보다 조금 넓은 개념의 ‘공공보건의료 사업’과 ‘공공보건의료 수행기관’을 정의하고 있다. 하지만 이 역시 민간의료기관, 시장적 질서를 기본값으로 전제한 상태에서 취약계층, 수익성이 낮거나 감염병·재난처럼 신속한 정책적 대응이 필요한 영역에 대한 서비스 제공에 초점을 두고 있다(표 3 참조).

한편 국가와 지자체는 “모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족”시키도록 노력해야 하고(「보건의료기본법」), 이를 위해 공공보건의료사업을 추진해야 하지만(「공공보건의료에 관한 법률」), 그 수단으로써 공공보건의료기관을 반드시 설치·운영해야 하는 것은 아니다(표 4 참조).

<표 2> 공공보건의료에 관한 법률 제2조 (정의)

<p>제2조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “공공보건의료”란 국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동을 말한다. 2. “공공보건의료사업”이란 다음 각 목의 사업을 말한다. <ol style="list-style-type: none"> 가. 보건의료 공급이 원활하지 못한 지역 및 분야에 대한 의료 공급에 관한 사업 나. 보건의료 보장이 취약한 계층에 대한 의료 공급에 관한 사업 다. 발생 규모, 심각성 등의 사유로 국가와 지방자치단체의 대응이 필요한 감염병과 비감염병의 예방 및 관리, 재난으로 인한 환자의 진료 등 관리, 건강 증진, 보건교육에 관한 사업 라. 그 밖에 국가가 관리할 필요가 있는 보건의료로서 보건복지부령으로 정하는 사업 3. “공공보건의료기관”이란 국가나 지방자치단체 또는 대통령령으로 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 하여 설립·운영하는 보건의료기관을 말한다. 4. “공공보건의료 수행기관”이란 다음 각 목의 보건의료기관을 말한다. <ol style="list-style-type: none"> 가. 공공보건의료기관 나. 제13조에 따른 의료취약지 거점의료기관 다. 제14조에 따른 공공전문진료센터 라. 제16조제2항에 따라 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장과 협약을 체결한 의료기관 마. 제14조의2에 따른 책임의료기관 바. 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제12조에 따른 중앙심뇌혈관질환센터와 제13조에 따른 권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터 사. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 응급의료기관, 제30조의2에 따른 권역외상센터 및 제30조의3에 따른 지역외상센터 아. 「암관리법」 제19조에 따른 지역암센터 자. 그 밖에 공공보건의료의 제공을 위하여 필요하다고 인정하여 보건복지부령으로 정하는 기관 5. “공공보건의료 전달체계”란 국가 또는 지방자치단체가 제7조제1항 각 호의 사항을 제공하기 위하여 다음 각 목의 보건의료기관 간의 역할 수행 체계를 구축하는 것을 말한다. <ol style="list-style-type: none"> 가. 「국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 국립중앙의료원 나. 「서울대학교병원 설치법」에 따른 서울대학교병원 및 「국립대학병원 설치법」에 따른 국립대학병원 다. 권역별로 설치·운영되며, 보건복지부장관이 지정하는 보건의료기관 라. 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원 마. 가목부터 라목까지를 제외한 보건의료기관 중 공공보건의료 수행기관
--

<표 3> 공공보건의료기관과 공공보건의료 수행기관의 책무

제7조 (공공보건의료기관의 의무)

- ① 공공보건의료기관은 다음 각 호에 해당하는 보건의료를 우선적으로 제공하여야 한다.
 - 1. 의료급여환자 등 취약계층에 대한 보건의료
 - 2. 아동과 모성, 장애인, 정신질환, 응급진료 등 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료
 - 3. 재난 및 감염병 등 신속한 대응이 필요한 공공보건의료
 - 4. 질병 예방과 건강증진에 관련된 보건의료
 - 5. 교육·훈련 및 인력 지원을 통한 지역적 균형을 확보하기 위한 보건의료
 - 6. 그 밖에 「보건의료기본법」 제15조에 따른 보건의료발전계획에 따라 보건복지부장관이 정하는 보건의료
- ② 보건복지부장관은 공공보건의료기관에 대하여 해당 공공보건의료기관의 설립·운영에 관한 법령에서 정한 사업 외의 다른 공공보건의료사업에 대하여도 그 수행을 요청할 수 있다.
- ③ 공공보건의료기관은 제2항에 따른 요청을 받은 경우에는 특별한 사유가 없으면 그 요청에 따라야 한다.
- ④ 국가와 지방자치단체는 제1항·제2항 또는 제17조제1항에 따른 공공보건의료기관 또는 공공보건의료 수행기관의 보건의료 제공 등에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 예산의 범위에서 보조할 수 있다.

제17조 (공공보건의료 수행기관의 준수사항 등)

- ① 공공보건의료 수행기관은 환자에게 양질의 보건의료서비스를 제공하여야 한다.
- ② 공공보건의료 수행기관(제2조제4호라목의 경우는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)은 공공보건의료사업을 수행할 때 다음 각 호의 원칙을 준수하여야 한다.
 - 1. 지역 주민의 참여를 통한 사업계획 수립
 - 2. 공익성에 기반한 성실한 사업 운영
 - 3. 투명한 재정 운용과 회계 공개
- ③ 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 국민건강에 중대한 위해(危害)가 예상되는 경우에는 우선적으로 공공보건의료 수행기관에 그 위해의 발생 또는 확산을 억제하기 위하여 필요한 명령을 할 수 있다.
- ④ 제3항에 따른 명령을 받은 공공보건의료 수행기관의 장은 정당한 사유 없이 이를 거부하여서는 아니 된다.

<표 4> 공공의료 관련 국가와 지방자치단체의 의무

「보건의료기본법」 제4조 (국가와 지방자치단체의 책임)

- ① 국가와 지방자치단체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 재원(財源)을 확보하도록 노력하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 국가와 지방자치단체는 식품, 의약품, 의료기기 및 화장품 등 건강 관련 물품이나 건강 관련 활동으로부터 발생할 수 있는 위해(危害)를 방지하고, 각종 국민건강 위해 요인으로부터 국민의 건강을 보호하기 위한 시책을 강구하도록 노력하여야 한다.
- ④ 국가와 지방자치단체는 민간이 행하는 보건의료에 대하여 보건의료 시책 상 필요하다고 인정하면 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

「공공보건의료에 관한 법률」 제3조(국가와 지방자치단체의 의무)

- ① 국가와 지방자치단체는 공공보건의료를 강화하기 위하여 공공보건의료사업을 추진하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업을 원활하게 추진하기 위하여 충분한 수의 공공보건의료 수행기관을 확보하여야 한다.
- ③ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관이 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 「의료법」 제2조제1항에 따른 의료인의 확보에 필요한 시책을 시행할 수 있다.
- ④ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업 및 공공보건의료 전달체계 구축·운영을 추진하기 위한 재원을 확보하여야 하며, 공공보건의료 수행기관에 대하여 필요한 재정적·행정적 지원을 할 수 있다.

「공공보건의료에 관한 법률」 제6조(공공보건의료기관의 설치·운영)

제6조 (공공보건의료기관의 설치·운영)

- ① 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관을 설치·운영하여 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평성 있게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관의 설치·운영에 필요한 비용을 보조할 수 있다.

즉, 사회적 담론 측면에서 공공의료는 지나치게 광범위한 기대를 담고 있는데 반해, 법적 측면에서 공공의료는 표방한 이상(理想)과 달리 지나치게 협소하고 잔여적으로 정의되고 있으며, 국가와 지방자치단체의 책임 또한 상당히 소극적으로 규정된 것이 현실이라고 말할 수 있다.

IV. 한국 공공의료 저발전

1. 법적 정의에 따른 공공의료기관 현황

공공성의 다차원적 개념에 기초하자면, 공공의료의 현황을 진단하기 위해 소유주체 구분에 따른 의료기관의 구분 이외에도 거버넌스와 운영 측면, 공익에 대한 기여 등을 포괄적으로 살펴보아야 하지만 현재로서는 이를 판단할 만한 개념적 정의와 그에 기초한 구체적 지표가 존재하지 않는다.

이러한 한계 속에서 소유주체 측면, 그것도 법률적 정의에 근거하여 국내 공공보건의료기관의 현황을 요약하면 다음과 같다. 우선 2023년 기준 공공보건의료기관으로 분류되는 기관은 총 228개소이며, 이 중 특수한 대상이나 특정 질환에 초점을 둔 기관이 아닌 일반 종합 진료를 제공하는 기관은 66개소에 불과하다(국립중앙의료원, 2024a)(표5).

이밖에도 이를 근거 법령과 소관 부서에 따라 재분류하면 <표6>과 같다. 중앙정부에서 직접 관리·운영하고

있는 병원은 27개소이며, 국립대병원과 국립중앙의료원 등 다수의 병원은 특수법인 형태로 존재한다. 지역 수준에서 37개 지방의료원은 모두 특수법인 형태이며, 일부 시립·도립·군립 병원들이 있다. 숫자가 가장 많은 것은 보건소와 보건지소·보건진료소·건강생활지원센터를 포함하는 공공보건기관으로 3,601개소이다(국립중앙의료원, 2024a)(표 6 참조).

이외에도 다양한 유형의 ‘공공보건의료 수행기관’들이 존재한다. 분만취약지 지원사업 수행기관 51개소, 의료취약지 지원사업(소아청소년과, 인공신장실) 수행기관 16개소, 신생아집중치료 지역센터 수행기관 51개소, 고위험산모·신생아 통합치료센터 수행기관 20개소, 어린이, 노인, 호흡기, 류마티스 질환을 대상으로 하는 공공전문진료센터 31개소가 지정되어 있는데, 여기에는 공공보건의료기관만이 아니라 다수의 민간병원들이 포함되어 있다(국립중앙의료원, 2024b).

이러한 공급체계 현황은 의료보장에서의 ‘미국 예외주의’ 만큼이나 독특하다. 한국의 인구 1천명 당 병상 수는 12.65개로 OECD 회원국들 중에서 일본과 함께 줄곧 1~2위를 다투고 있지만, 이 중 공공 부문에 속한 병상의

<표 5> 기능 구분에 따른 공공의료기관 현황

기능구분	광역이상		단일 혹은 복수 기초자치단체	
일반진료중심(66)	국립중앙의료원(1) 국립대학병원(10) 국립대학병원분원(6) 건보공단일산병원(1)	18	지방의료원(35) 지방의료원분원 등(2) 적십자병원(6) 시군립일반병·의원(5)	48
특수대상중심(34)	경찰병원(1) 보훈병원(6) 군병·의원(15) 근로복지공단병·의원(12)		34	
특수질환중심(47)	국립결핵병원(2) 국립암센터(1) 국립정신병원(5) 국립재활원(1) 국립법무병원(1) 국립소록도병원(1) 국립교통재활병원(1) 국립대학교치과병원(7) 국립대학전문센터(1) 국립대학교한방병원(1) 원자력병원(2) 권역재활병원(5) 재활병·의원(3) 시립장애인지과병원(1) 시립서북병원(1) 시립어린이병원(1) 시도립정신병원(10) 기타병·의원(3)		47	
노인병원 (81)	시도립노인병원(32) 근로복지공단요양병원(1) 보훈요양병원(2)	35	시군구립노인병원(45) 기타노인병·의원(1)	46

출처: 국립중앙의료원 (2024b)

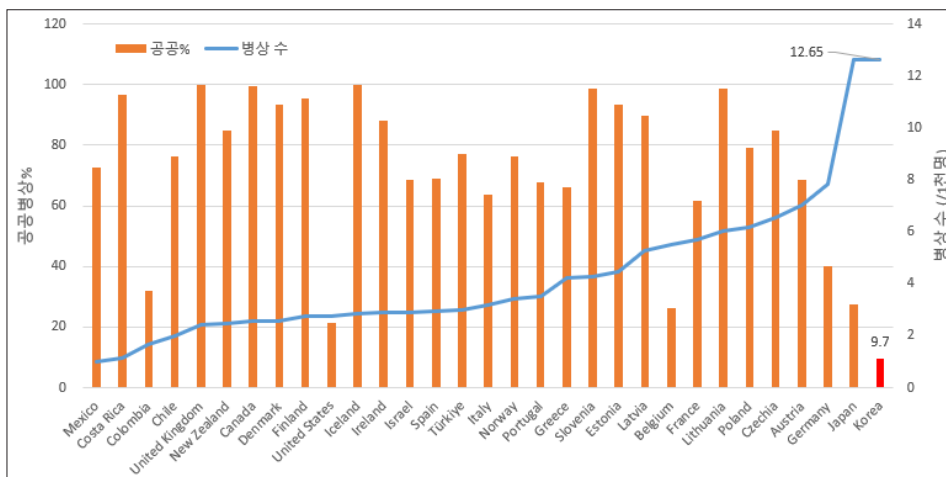
주: 2023년 12월 기준

<표 6> 근거법령과 소관부처에 따른 공공보건의료기관 분류

설립형태	근거법령	소관부처	보건의료기관	비고	
중앙	국가(27)	보건복지부와 그 소속기관 직제	복지부	국립재활원(1) 국립정신병원(5) 국립소록도병원(1)	공공 의료 기관 (228)
		경찰청과 그 소속기관 직제	행안부	국립경찰병원(1)	
		법무부와 그 소속기관 직제	법무부	국립법무병원(1)	
		국방 환자관리 훈령	국방부	군병원(15)	
		질병관리청과 그 소속기관 직제	질병청	국립결핵병원(2)	
	자동차손해배상보장법	국토부	국립교통재활병원(1)		
	특수법인(57)	국민건강보험법	복지부	국민건강보험공단 일산병원(1)	
		국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률	복지부	국립중앙의료원(1)	
		암관리법	복지부	국립암센터(1)	
		대한적십자조직법	복지부	적십자병원(6)	
		산업재해보상보험법	노동부	근로복지공단병원(10), 근로복지공단의원(3)	
		한국보훈복지공단법	보훈처	보훈병원(6), 보훈요양병원(2)	
		국립대학병원 설치법, 국립대학치과병원설치법, 서울대학교병원 설치법, 서울대학교치과병원설치법	교육부	국립대학병원(10), 국립대학병원분원(6), 국립대학치과병원(7), 국립대학한방병원(1), 국립대학전문센터(1)	
방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법	과기부	원자력병원(2)			
지자체	특수법인(37)	지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률	복지부	지방의료원(35), 지방의료원분원(2)	공공 보건 기관 (3,601)
	시·도/ 군립(107)	장애인복지법	복지부	권역재활병원(5)	
		시·도·군 조례	행안부	시·도군립병원(102)	
	공공보건기관 (3,601)	지역보건법	행안부 (복지부)	보건소(보건의료원 포함), 보건지소, 건강생활지원센터(1,703)	
농어촌 등 보건의료를 위한 특별 조치법		행안부 (복지부)	보건진료소(1,898)		

출처: 국립중앙의료원 (2024a)과 보건복지부 (2024년 4월 19일) 자료를 재구성함.
 주: 2023년 12월 기준. 괄호안의 숫자는 의료기관 개소 수.

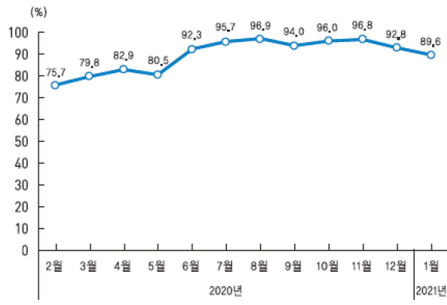
비중은 9.7%로 가장 낮은 순위를 기록하고 있다(그림3) (OECD Statistics).



출처: OECD Statistics

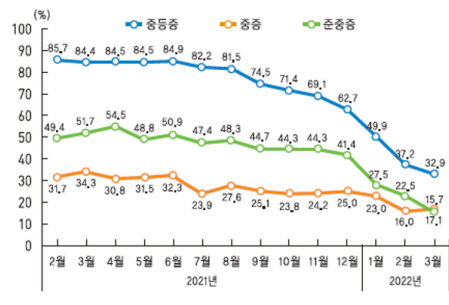
[그림 3] OECD 회원국의 인구 1천명당 병상 수와 공공부문의 비중(%, 2020년 기준)

1) 감염병 전담기관 입원환자 중 공공병원 입원환자 점유율(2020.2-2021.1)



출처: 김명희와 임도희(2022)

2) 환자 중증도별 공공병원 입원환자 점유율(2021.2-2022.3)



출처: 코로나바이러스감염증-19 중앙사고수습본부, 「코로나19 병상집계 자료(2020.2-2022.3)」.

[그림 4] 코로나19 확진자 입원의 공공병원 점유 현황

공공병원의 개수가 작다는 것만이 문제는 아니다. 지방의료원과 적십자병원으로 구성된 지역거점 공공병원 41개소 중 허가 병상이 300개 이상인 곳은 7개소에 불과하다. 병상 규모가 작다는 것은 단순히 수용가능한 환자 숫자가 작다는 것만이 아니라, 다양한 전문 분야의 의료인력을 충분히 갖추기 어렵고 의료진이 고난도 숙련을 쌓을 기회가 제한적이며, 따라서 중증도가 높거나 복잡한 문제를 가진 환자를 진료할 수 있는 역량이 부족하다는 것을 의미한다. 코로나19 유행 대응은 이러한 상황을 잘 보여준다. 델타 변이주 유행이 본격화되기 전까지 공공병원들이 대다수의 코로나19 환자 진료를 전담하는 구조가 이어졌고, 2020년에는 코로나19 입원 환자의 90% 가까이 전체 병상의 10% 남짓에 불과한 공공병원(특히 지방의료원과 국립중앙의료원)에 입원했다. 하지만 중증도에 따른 점유율을 살펴보면, 2021년 기준 중증증 입원 환자의 80%가 공공병원에 입원했던 데 반해 중증 입원 환자의 점유율은 25%에 미치지 못하는 것을 확인할 수 있다(김명희와 임도희, 2022)(그림4). 공공병원은 기존 환자 진료를 대폭 축소하면서 코로나19 환자 진료에 매진했지만, 국립대병원과 국립중앙의료원 등 일부를 제외하고는 중환자 진료에 크게 기여할 수 없었다.

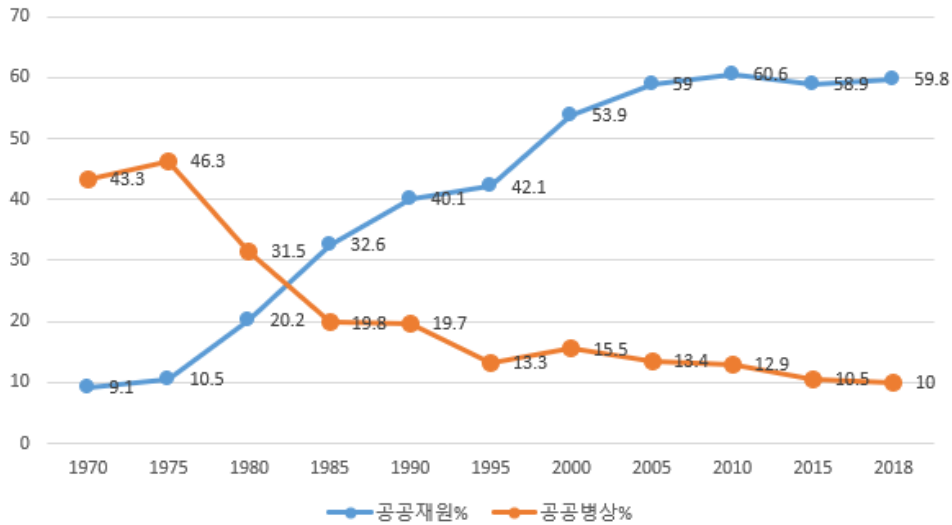
이렇게 공공 부문의 비중이 작고 국립대병원과 일부 종합병원들을 제외하면 진료 역량도 낮다보니, 지역 간

의료자원의 불균형 문제를 개선하거나 공공성이 높은 국가정책의 집행, 사립병원들을 ‘선도’ 하는 데에도 역부족일 수밖에 없다.

2. 공공의료 저발전의 정치경제적 기원

사실 한국의 의료제공체계가 처음부터 이런 모습이었던 것은 아니다. 또한 현재의 병상 과잉과 공공부문 열세는 자연스러운 진화의 결과가 아니라 적극적 국가정책 혹은 적극적 부작위의 산물이라 말할 수 있다.

해방 직후인 1949년, 전체 병상의 75.1%는 공공병원이 차지했다. 이때만 해도 ‘기본값’이 공공병원이었다. 하지만 이후 공공병원의 양적 성장은 매우 더딘데 비해, 사립병원의 숫자와 병상 규모는 급속히 늘어났다. 해방 직후에는 이념에 관계없이 좌·우 정치세력 모두 공공병원 중심의 보건의료체계를 주창했다. 이미 일제 강점기에 유럽의 사회보험제도가나 국영의료체계에 대한 정보가 여러 정치세력들 사이에 널리 공유되었기 때문이다. 하지만 한국전쟁 이후 냉전이 심화하고 미국의 영향력이 극단적으로 강화되면서 상황은 바뀌었다. 국영의료체계는 ‘사회주의’적인 것으로 간주되고, 민간 중심의 미국식 모델이 지배적인 것으로 자리 잡게 된 것이다.



출처: 건강보험연구원(2020)

[그림 5] 보건의료지출의 공공재원 비율과 전체 병상 중 공공부문의 비중 추이

1966년이 되면 전체 병상 중 사립병원의 점유율이 처음으로 공공병원을 넘어선다. 특히 중요한 역할을 한 것은 1977년 시작된 의료보험 제도라 할 수 있다. 건강보험 제도가 시작된 이래 정부는 비교적 일관되게 적용 인구 확대와 보장성 강화 방향으로 움직여왔다. 그에 비해 의료서비스를 직접 제공하려는 노력은 거의 기울이지 않았다. 건강보험 적용 인구가 늘어나고 급여 범위가 확대될 때마다 당연히 의료 수요는 급증했지만, 정부는 직접 공급을 확대하기보다 민간 부문을 육성하는 데 집중했다. 직접 사업비를 지원하기도 하고, 금융 거래의 편의를 제공하거나 해외 차관을 알선해가면서까지 사립병원 건립과 이들의 시설·장비 확보에 힘을 보탰다. 과잉 병상과 설비를 규제하는 체계도 없는 가운데, 사립병원 개수와 이들이 보유한 병상 숫자는 급속하게 늘어났다. 특히 1989년 아산병원, 1994년 삼성서울병원의 개원은 ‘재벌 병원’ 시대를 여는 상징적 사건이었다(김창엽, 2019 ; 신영전 등, 2021)(그림5).

민간 부문이 이렇게 성장하는 동안 공공병원은 건축 혹은 구조조정의 대상이 되곤 했다. 예컨대 한국전쟁 직후인 1956년 마련된 부처 간소화 계획에는 공공병원도

감축 대상으로 포함되었고, 1968년에는 경찰병원, 철도병원, 연금병원 등을 일원화하라는 대통령의 지시에 따라 통합과 축소가 이루어졌다. 1966년에는 국립대병원인 서울대병원이 ‘경영합리화’를 명목으로 정부예산에서 분리되어 기업회계 방식으로 전환되었다. 서울시도 1971년부터 시립병원에 독립채산제를 채택했다. 한국전쟁 이후 덴마크, 노르웨이, 스웨덴 정부의 원조를 통해 1958년에 설립·운영되던 국립중앙의료원도 1968년 1월 한국 정부가 업무를 인수하면서 이전의 무료 진료를 중단하고 특별회계를 적용한 종합수가제로 전환했다. 또한 1985년에는 공공기관으로 남아있던 의료원들이 ‘지방공사’로 전환되며 기업회계 적용을 받게 되었고, 1990년대에는 경영 효율화 명목으로 민간 위탁이 확산되었다. 이후 2005년에 지방의료원의 관할 부서가 보건복지부로 바뀌며 의료기관회계로 전환되었지만 상황은 크게 달라지지 않았다. 그리고 2010년에는 국립중앙의료원이 경영난 해소와 의료 현대화를 명목으로 정부 직영 의료기관에서 특수법인으로 전환되었다(신영전 등, 2021).

법인화는 ‘사유화(privatization)’와 ‘상업화(commercialization)’의 전형적 방식이다. 사유화는 정부

가 자산, 그리고 자산에 수반되는 유지·관리, 기획, 운영의 책임을 사기업에 이전하는 것을 일컫는다. 민간 기업에 정부 자산을 매각하는 것을 떠올리기 쉽지만, 사유화의 방식은 다양하며 공공 대(對) 민간의 이분법을 명확하게 적용하기 어려운 경우도 적지 않다. 예컨대 특정 서비스 제공을 위탁하는 서비스 계약, 시설의 운영과 유지·관리를 위탁하는 관리 계약, 민간 운영자가 시설을 만들고 운영과 유지·관리의 책임을 지다가 예정된 시한이 만료되면 시설을 공공으로 환원하는 BOOT (Build, Own, Operate and Transfer) 등이 모두 사유화의 일종이다. 특히 ‘완전 매각 혹은 기업 처분(full divestiture)’ 방식은 소유권을 민간으로 완전히 이양하고 민간운영자가 운영, 유지·관리 등을 책임지며 공공 규제기관의 감독하에 운영되는 방식을 일컫는다. 상업화는 시장 기전과 상거래가 공공서비스의 운영 의사결정에 도입되는 과정을 지칭한다. 그리고 공공기관 상업화의 일반적 형태가 바로 ‘기업화(corporatization)’인데, 이는 국가가 소유하고 운영하는, 독립적인 ‘사업 부문’의 서비스에 용도 지정 조치를 하되 그 운영은 시장 원리에 따르는 것을 말한다. 기업화는 협소하고 단기적인 재정 상황에 초점을 두는 경영 기풍으로 변화시키며, 비용 절감의 방편으로 외주를 선호하는 경향이 있다(McDonald & Ruiters, 2005).

요약하자면, 지난 50여년간 사립병원은 폭발적으로 성장하고 공공병원은 일관되게 저발전(underdevelopment)과 사유화의 경로를 밟아왔다고 할 수 있다. 그러면서도 공공병원의 쇠퇴는 일견 ‘자연스러운’ 경로를 따랐다. 정부의 저투자는 공공의료를 양과 질 측면에서 악화시키고, 그에 따라 주민들로부터 외면 받고, 이는 다시 투자를 더욱 축소하거나 사유화, 폐업을 시행하는 좋은 근거가 되는 방식이었다.

국내에서 공공 부문의 저발전은 사실 의료에만 국한된 것이 아니다. Yang(2017)은 한국의 복지국가 유형을 ‘저발전한 작은 복지국가(underdeveloped small welfare state)’로 분류한 바 있다. 이 때 ‘저발전’이란 공공 사회

복지 프로그램들이 다른 나라들보다 뒤늦게 도입되고, 포용 범위가 제한적이며, 급여 수준이 낮다는 것을 의미하며, ‘작은’이란 경제 발전 수준에 비추어볼 때 공공사회지출의 규모가 예외적으로 낮다는 것을 함축한다.

이러한 복지체계를 갖게 된 이유를 여러 가지 이론으로 설명할 수 있지만, 특별히 유용한 것은 ‘발전국가(developmental state)’ 개념과 ‘권력 자원(power resource) 모형’이다. ‘발전국가’는 동아시아 경제 발전을 주도한 개입적 국가를 기술하는 용어로 널리 쓰여 왔다. 이는 (유능한) 경제 기술 관료가 이끄는 전문적 관료제를 창출하고, 작은 정부와 공급 측면 경제에 적합한 조세 체계를 정착시켰으며, 노동에 비해 자본에 우위를 두는 산업 관계를 구조화했다. 발전국가는 시장에 대해서는 적극적 개입주의로 행동했지만, 사회복지에 대한 공적 기여에는 최소주의 접근을 취했다. 즉, 국가는 경제 개발의 주체로서 능력주의를 한껏 활용했지만, 재분배자로서 이를 활용한 것은 아니었던 것이다. 1987년 민주화를 거치며 권위주의적 발전국가 시대는 끝났다고 볼 수도 있지만, 그 유산은 이후 한국의 복지국가 발달에 지속적이고 중요한 영향을 미쳤다. 이를테면 기획재정부는 지금도 국가 재정의 수호자로서 보건복지부 같은 ‘지출’ 부서를 점검한다. 국가 예산을 실질적으로 최종 결정하는 것도 기획재정부라고 볼 수 있다. 국회가 예산안을 심의·의결하지만, 정부, 즉 기재부와 사전 협의 없이 예산 규모를 늘리는 것은 불가능하다는 점에서 그렇다. 그렇기에 상대적으로 복지 친화적인 정당이 집권을 해도 큰 폭의 복지개혁이 일어나는 것은 현실적으로 매우 어렵다(Yang, 2017).

한편 권력 자원 모형은 높은 사회지출, 사회복지 프로그램의 발전을 강력한 노조, 이와 동맹을 형성한 좌파 정당의 힘과 연계지어 설명한다. 하지만 민주화 시기 이전까지 권위주의 국가는 반공 이데올로기를 통해 노동 계급의 집합적 행동을 극도로 억압했으며, 좌파 정당의 탄생은 생각조차 할 수 없는 조건을 형성했다. 노동 계급의

조직화가 어려워졌을 뿐 아니라 기업별 노동조합 체계가 고착됨으로써 단체협약의 효력 범위도 개별 기업을 벗어나기 어려운 구조가 되었다. 그러다보니 작업장을 넘어서는 사회적·공적 의제, 이를테면 소득과 위험의 재분배라는 복지요구는 좀처럼 전면에 등장하지 못했다(Yang, 2017). 실제로 최근까지 연금 개혁이나 상병수당, 아동수당 도입 등 복지외제에 대해 노동계가 선제적으로 나선 경우는 찾아보기 어렵다. 권력 자원 모형의 또 다른 중요한 정치적 행위 주체인 좌파 정당도 여전히 강력한 반공이데올로기와 소선거구 제도 탓에 유효한 세력으로 성장하기 어려웠다. 지역구에서 당선되기 위해서는 전국적 복지 정책, 계급적 이슈보다 지역 개발에 집중하는 것이 훨씬 유리하기 때문이다. 하지만 주목할 만한 사례는 존재한다. 노동조합이 전반적 복지정치를 주도하지는 못했지만, 최소한 보건의료 부문과 관련해서는 노동-시민사회 연대가 일정한 역할을 해왔다는 점이다. 노동-사회연대(‘노조의 배태된 응집성’)를 통한 의료보험 통합 운동(이철승, 2019)은 한국 현대사에서 가장 성공적인 복지정치 사례라고 볼 수 있다. 또한 김대중-노무현 정부에서 ‘의료산업화론’이 시작되고 이후 이명박 정부에서 ‘의료영리화’ 논의가 본격화되었을 때 시민사회와 노동계는 적극적으로 의료영리화 반대 투쟁을 벌여왔다. 그리고 이러한 사회운동은 ‘반대·저지’를 넘어 지금까지 건강보험의 보장성 강화, 공공의료 강화 요구로 이어지고 있다. 한편 지방자치제도가 정착하면서 지역에서 무상급식과 국공립 보육시설 확대 같은 복지 의제가 대두한 것도 복지정치에서 중요한 변화라고 할 수 있다. 진주의료원 폐쇄나 경남, 부산, 대구, 인천 등의 지방의료원 건립 추진 등 공공병원의 확대와 축소 과정에서도 지방정부의 역할, 주민들의 직접 요구가 가시화되는 경우가 점차 늘어나고 있다.

그럼에도 불구하고, 전반적으로는 노동과 시민사회의 권력 자원이 열세인 가운데 국가는 발전국가의 강력한 유산을 계승하며 복지서비스의 직접 공급을 기피하고 작

은 정부를 유지하는 ‘전략적 선택’을 지속해왔다고 말할 수 있다. 그러한 선택의 결과물이 바로 오늘날 한국사회 보건의료체계의 모습이다.

국가의 전략적 선택은 (아무리 권위주의 정권이라 하더라도) 대중의 일정한 동의와 ‘정당화’를 필요로 한다. 현재 제기되고 있는 공공의료 이슈는 지역 간, 계층 간 불평등 이슈와 직접적으로 맞닿아 있다. 지역에 하나 남은 응급실이 문을 닫는다거나, 의사를 구하지 못해 몇 달째 외래가 개점휴업이라거나, 분만할 곳을 찾지 못해 구급차를 타고 수십 km를 이동했다는 뉴스는 누군가에게 매우 절실한 현실이지만 ‘모두’의 문제는 아니다. 최근 정부가 일련의 ‘의료개혁’ 조치들을 시도하고 있는 것은, 이러한 문제가 특정 지역과 계층의 문제를 넘어 체계의 정당성에 의문을 제기하는 ‘보편의 문제’로 전화되었다는 것을 의미하기도 한다. 다만 기존의 ‘공공의료’와 ‘공공성’ 담론 대신 ‘필수의료’가 전면에 등장한 것은 여전히 국가개입의 최소주의를 지향하는 국가의 또 다른 전략적 선택이라고 볼 수 있다.

V. 보건의료의 공공성, 공공의료 연구 과제

국내에서 공공의료, 보건의료체계의 공공성과 관련된 논의는 대부분 ‘시급한 현실’로부터 출발했으며, 학술적 측면에서 문제의 개념화와 분석적 작업은 충분하지 못했다. 다네마르크 등(2009)은 흔히 지식이 지나치게 추상적이며 이론적이고 실천에 맞게 다듬어지지 않았다고 비판받지만, 그 반대인 경우가 훨씬 많다고 주장한다. 실천성과 관련해서는 좋은 이론을 이길 수 있는 것은 아무 것도 없다는 것이다. 현실의 문제가 복잡하고 어려울 때, 이 문제를 체계적으로 진단하고 비판을 정교화하며, 그에 따라 실행 가능한 대안을 구상하고, 변혁의 장애와 가

능성의 딜레마를 이해하도록 만들어주는 체계적 과학지식의 중요성은 아무리 강조해도 지나침이 없다(라이트, 2012).

이런 측면에서, 건강형평성 연구자들이 보건의료의 공공성, 공공의료와 관련하여 보다 깊게 탐구했으면 하는 주제들을 제안하고 싶다.

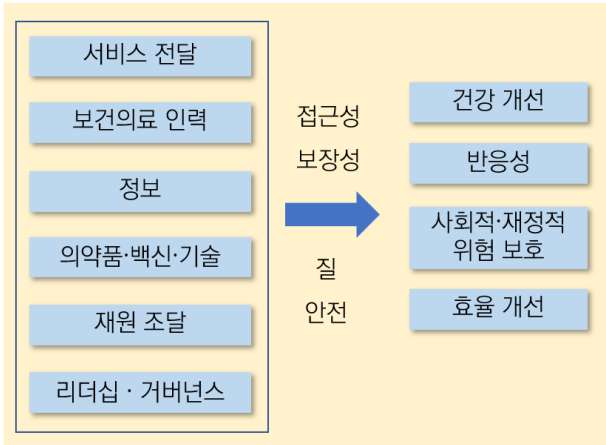
첫째, 다차원적 공공성 개념에 기초하여 우리가 보건의료체계에서 추구해야 할 공공성이 과연 무엇인지 분명하게 개념화할 필요가 있다. 이를테면 ‘바람직한 보건의료’의 특성에는 접근성, 효과성, 적절성, 질뿐만 아니라 기술적·배분적 효율성, 지속성, 사람 중심성 등 여러 가지 요소들이 포함된다(김창엽 등, 2015). 이러한 모든 요소들을 뭉뚱그려 ‘공공성’이라고 지칭하는 것은 논의를 진전시키는 데 유용하지 않다. 반면 개별 의료기관이 ‘의료급여 환자를 얼마나 진료했느냐’ 혹은 ‘비급여 진료 비중이 얼마나 되느냐’ 같은 미시적 지표들을 공공성의 잣대로 삼는 것도 부적절하다. 이러한 지표가 측정하고자 하는 구성개념(construct) 자체가 분명하지 않기 때문이다. 뿐만 아니라 소유주체 구분을 넘어서, 보건의료조직을 공공적이게 만드는 거버넌스는 어떤 모습이어야 하는지에 대해서도 (정답은 아니지만) 최선의 답변이 필요하다.

둘째, 이러한 이론화, 개념화에 기초할 때 보건의료체계의 공공성, 혹은 강화나 후퇴를 무엇으로 측정하여 모니터링하고 평가할 것인가에 대해서도 학술적 검토가 필요하다. 이를테면 국가가 소유한 의료기관의 개수나 병상수를 사용할 것인가, 지역별 의료자원과 이용의 형평성을 측정할 것인가는 단순히 측정 변수와 관련한 기술적 문제가 아니라, 공공성 개념에 대한 이론적 전제를 필요로 한다.

셋째, 대안을 구상하기 위해서는 문제의 원인과 기전에 대한 연구가 필요하다. 보건의료의 불평등에 대한 안티-테제로서의 공공성이라면, 무엇에 대한 불평등인가, 왜 이러한 불평등이 나타나는가에 대한 답을 제시할 수

있어야 하며, 보건의료의 상품화/영리화에 대한 안티-테제로서의 공공성이라면 상품화의 기전을 해명하고 탈-상품화의 가능한 경로들을 제시할 수 있어야 한다. 여기에는 서비스 전달체계만이 아니라, 의료인력과 기술의 공적 생산, 정보의 공적 활용, 자원조달의 공공성, 거버넌스와 리더십 등 보건의료체계를 구성하는 요소들이 모두 고려되어야 한다(WHO, 2007, 그림 7 참조). 특히 국내의 보건의료 개혁에 대한 벤치마크는 대안 구상에 더 나은 상상력을 제공할 수 있다. 보건의료제도는 고유한 역사적 맥락을 가지며, 모든 나라들이 각자의 여건과 필요에 부응할 수 있도록 오랜 시간에 걸쳐 체계를 발전시켜왔다. 그래서 보건의료체계의 유형을 어느 정도 범주화할 수는 있지만, 어느 두 나라도 똑같은 보건의료체계를 가졌다고 보기는 어렵다. 그렇다고 해서 다른 사회의 경험을 배우는 것이 완전히 불가능한 것은 아니다. 인구 고령화, 보건의료 자원의 지역 격차, 비용 상승과 재정의 지속가능성 같은 문제는 대체로 많은 국가들이 공유하고 있으며, 이에 대응하여 다양한 시도들이 이루어지고 있다. 해외의 제도를 그대로 수입해서 이식하는 것은 불가능하고 설령 그렇게 한들 제대로 작동하기 어렵겠지만, 그것이 작동하는 혹은 실패하는 기전과 맥락을 이해하고, 이를 국내 상황에 맞게 적용하는 것은 얼마든지 가능하다. “무엇이 효과적인가”라는 질문에서 “이 프로그램은 어떠한 상황에서, 어떤 이들에게, 어떠한 방식으로 작동하는가(what works for whom, in what circumstances, in what respects and how)”라는 질문으로 바꾼다면 말이다(Pawson et al., 2005).

넷째, 보건의료체계의 맥락과 정책과정에 대한 더 많은 연구가 필요하다. 건강 정책은 보다 광범위한 공공 정책 의제의 일부이며, 실천적 측면은 불가피하게 권력, 정치와 연계되어 있다. 그러나 대개의 건강 정책은 정책의 ‘내용’ 측면에만 초점을 두는 경향이 있으며, 이는 정책 ‘과정’의 정치적 속성을 간과하게 만든다(월트, 2016). 보건의료체계에는 국가라는 공적 조직과 개인으로서의



출처: WHO(2007)

[그림 6] 보건의료체계 구성 요소와 기능의 결과

시민 이외에 강력한 보건의료 전문가집단, 병원·의약품·금융·정보통신 등의 산업, 그리고 시민사회라는 여러 주체들이 존재한다. 이들 각각의 지향과 선호, 권력, 그리고 상호작용이 현실에서 정책 과정을 형성하고 정책의 결과물을 만들어낸다. 현재 한국사회의 공공의료 관련 논의들도 이미 이러한 현실 정치의 작동에 배태되어 있다. 어떤 내용이 어떤 정책 공간에서 누구에 의해 어떤 방식으로 다루어지고 있는지, 그들의 이해와 지향은 무엇인지 확인할 수 있어야, 정책과 담론의 장을 변화시키는 대안들을 구상할 수 있을 것이다. 앞서 언급한 국내의 보건의료 개혁의 벤치마크에서도 과정과 주체에 대한 탐구가 강조될 필요가 있다. 이렇게 했을 때, 어떤 정책의 결과물, 현존 체계의 특성만이 아니라 그러한 결과물에 이르기까지의 정책과정과 이를 추동해낸 정책 행위자들의 동학(動學), 사회적 맥락과 관련 제도들을 이해할 수 있게 되며, 이를 토대로 국내 상황에 적합한 대안적 전략과 모델을 구상해볼 수 있을 것이다.

그동안 국내의 건강형평성 연구자들은 보건의료체계 너머 ‘건강의 사회적 결정요인’에 주로 관심을 기울여왔다. 그러나 보건의료는 건강형평성에 도달하기 위한 공정한 기회(fair opportunity)를 보장하는 중요한 수단이라는 점에서 중요하며, 현실에서 보건의료의 형평성과 (학

술적으로 정립되지는 않았지만) 공공의료에 대한 사회적 요구가 커지고 논의가 활발해지고 있다는 점에 주목할 필요가 있다. 현실 문제를 해결하기 위한 탐구와 토론이 학술공동체에서 보다 체계적이고 심도 있게 이루어져야 하며, 이를 통해 이론의 발전과 더불어 현실을 변화시키는 대안을 모색하는 데 기여할 수 있을 것이다.

연구윤리

해당없음.

이해상충선언

본 논문에는 이해관계 충돌의 여지가 없음.

사사표기

이 원고는 한국건강형평성학회 2024년 봄 학술대회에서 발표한 자료를 수정보완한 것임.

참고문헌

- 국민건강보험공단 건강보험연구원. (2020). 공공의료 확충의 필요성과 전략.
- 국립중앙의료원. (2024a). 2023년 공공의료기관현황.
- 국립중앙의료원. (2024b). 2023년 공공보건의료 주요 통계.
- 김명희, 김정옥, 이주연, 오로라, 하랑경. (2023). 코로나19 유행이 드러낸 '보편적 의료보장' 체계의 취약성: 노숙인과 미등록 이주민 사례를 중심으로. **보건과 사회과학**, 63,5-43.
- 김명희, 임도희. (2022). 코로나19 의료대응을 위한 병상자원 현황. 통계청 편. **한국의 사회동향 2022**
- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인. (2015). 한국의 건강 불평등. 서울대학교 출판문화원.
- 김창엽. (2019). 건강의 공공성과 공공보건의료. 한울 아카데미.
- 밥 제습. (2021). 국가권력(남상백 역). 이매진. (원본출판 2007년).
- 보건복지부. (2024년 4월 19일). 전국 지역보건의료기관 현황.
- 베르트 다네마르크, 매츠 엑스트롬, 리젤로트 야콥센, 안 카를손. (2009). 새로운 사회과학 방법론: 비판적 실재론의 접근(이기홍 역). 한울아카데미. (원본출판 2001년).
- 신영전 등. (2021). 한국 공공의료의 역사적 기원 및 변화에 관한 연구. 국민건강보험공단.
- 신진욱. (2007). 국가를 경유하는 시민적 연대의 길. **시민과 세계**, 12, 6-28.
- 에릭 올린 라이트. (2012). 리얼 유토피아: 좋은 사회를 향한 진지한 대화 (권화현 역). 들녘. (원본출판 2010년).
- 이승훈. (2005). 근대와 공공성 딜레마-개념과 사상을 중심으로. **민주사회와 정책연구**, 13, 13-45.
- 이철승. (2019). 노동-시민 연대는 언제 작동하는가: 배태된 응집성과 복지국가의 정치사회학(박광호 역). 후마니타스. (원본출판 2016년).
- 임의영. (2003). 공공성의 개념, 위기, 활성화 조건. **정부학 연구**, 9(1), 23-50.
- 질 월트. (2016). 건강정책의 이해(김창엽 역). 한울아카데미. (원본출판 1994년).
- Asher, J. (2004). The right to health: A resource manual for NGOs. The Commonwealth Medical Trust.
- Cabello, A. L. (2021). Pandemic momentum for health systems financialisation: Under the cloaks of universal health coverage. *Global Public Health*, 16(8-9), 1334-1345. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1919736>
- Daniels, N. (2001). Justice, health, and healthcare. *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 1(2), 2-16. <https://doi.org/10.1162/152651601300168834>
- Kwon, S. (2018). Advancing universal health coverage: What developing countries can learn from the korean experience? . *Universal Health Coverage Studies Series*, No. 33. Washington, DC: World Bank Group.
- McDonald, D. A., & Ruiters, G. (2005). Rethinking privatisation: towards a critical theoretical perspective. *Public Services Yearbook 2005/6*.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review: A new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10 Suppl 1, 21-34. <https://doi.org/10.1258/1355819054308530>
- Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics*, 11(8), 659-666. <https://doi.org/10.1002/hec.762>
- Whitehead, M. (1991). The concept and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217-228. <https://doi.org/10.1093/heapro/6.3.217>
- WHO. (2005). Social health insurance: Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance (WHA58.33).
- WHO. (2007). Six building blocks of health system.
- Yang, JJ. (2017). The political economy of the small welfare state in South Korea. Cambridge University Press.

An Evaluation of Public Healthcare in South Korea

: Contemporary Challenges and Agenda for Future Research

Myoung-Hee Kim* †, Juyeon Lee**

Abstract

The growing demand to reform South Korea's inequitable and commercialized healthcare system underscores the critical necessity for comprehensive structural change. Current efforts to improve economic accessibility by expanding health insurance coverage have proven insufficient, underscoring the need to advance "public healthcare" as a central focus of reform. Despite its growing prominence, the concept of publicness remains insufficiently examined within academic discourse, particularly concerning its theoretical foundations, practical implications, and the specific dimensions in which the current healthcare system is critically assessed as deficient. This study critically investigates the discourse on publicness in South Korea's healthcare system, analyzes the current state of public healthcare as defined by legal frameworks, and identifies key directions for future research. It calls for a paradigm shift from the conventional focus on state-centered ownership structures to a multidimensional conceptualization of publicness. This approach involves defining the fundamental essence of publicness that healthcare systems should aim to achieve while systematically investigating the institutional configurations necessary for its realization and addressing the structural and practical barriers that obstruct progress. Additionally, the study highlights the importance of analyzing the political and contextual dynamics of healthcare policy-making. By examining how policy priorities are established, identifying the key actors involved, and understanding their underlying interests, such research can generate critical insights to inform the design of alternative frameworks capable of reshaping both policy and discourse. As societal calls for public healthcare intensify, this study underscores the importance of systematic and rigorous academic engagement to address these pressing issues. Ultimately, this paper provides a foundation for scholarly inquiry into public healthcare and publicness, contributing to the development of transformative strategies for healthcare reform.

Keywords: Public healthcare, Publicness, Health Equity, Health System Governance

* National Medical Center, Director, Center for Public Health Data Analytics, † Corresponding author (mhkim@nmc.or.kr)

** School of Public Health Sciences, University of Waterloo